

Kandidatnummer: 1602 og 1513

## **BSYBAC\_6**

# **Bacheloroppgave i sykepleie**

*Bør recovery-orientert tilnærming i større grad benyttes i behandling til pasienter med ROP-lidelser?*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i sykepleie**

*Stavanger, 02.01.2023*

*xJeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Norge kommer pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser dårligst ut på levekårsindikatorene. I 2021 var det totalt 241 narkotikautløste dødsfall i Norge. Recovery omtales som en tilnærming som anbefales i tjenesteytingen til pasienter med ROP-lidelser. Det har ført til større interesse for recovery de siste årene. Interessen gir økt etterspørsel etter kunnskap om hvordan praktisere recovery og betydningen recovery kan ha, noe innsikt i erfaringer kan bidra med.

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å belyse pasienters og helsearbeideres erfaringer med bruk av en recovery-orientert tilnærming i behandlingen av pasienter med rus og psykiske lidelser.

**Metode:** Vi har benyttet oss av en integrativ litteraturstudie basert på fem fagfelleverderte forskningsartikler. Forskningsartiklene vi har analysert har brukt kvalitativ forskningsmetode. Resultatene fra artiklene vil sammen med relevant bakgrunns litteratur være grunnlaget for oppgaven.

**Resultater:** Resultatene viser at helsearbeidere og pasienter opplever recovery som et samarbeid. Betydningen av brukermedvirkning, tilhørighet, identitet, mestring og rus i recovery-orienteringen er viktige erfaringer. Disse opplevelsene kommer til syne på ulikt vis, men ikke uten utfordringer og vansker. Resultatene viser at helsearbeidere kan hjelpe pasientene og sammen jobbe recovery-orientert.

**Nøkkelord:** Recovery, ROP-lidelser, erfaringer, opplevelser, psykisk helse, rus.

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	4
1.2 <i>Problemformulering</i> .....	5
1.3 <i>Hensikt med oppgaven</i> .....	5
<b>2.0 TEORETISK RAMME .....</b>	<b>5</b>
2.1 <i>ROP-lidelser</i> .....	5
2.2 <i>Recovery</i> .....	6
2.3 <i>Rammeverket CHIME</i> .....	7
2.4 <i>Brukermedvirkning</i> .....	8
2.5 <i>De etiske grunnprinsippene</i> .....	8
2.6 <i>Travelbee og håp</i> .....	9
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>9</b>
3.1 <i>Søkeprosessen</i> .....	10
3.1.1 <i>Søkestrategier – inklusjon/eksklusjonskriterier</i> .....	10
3.1.3 <i>Valg av artikler</i> .....	11
3.2 <i>Analyse av artikler</i> .....	13
<b>4.0 RESULTATER.....</b>	<b>14</b>
4.1 <i>Brukermedvirkning</i> .....	14
4.2 <i>Tilhørighet</i> .....	16
4.3 <i>Identitet og mestring</i> .....	17
4.4 <i>Rusmisbruk og symptomkontroll</i> .....	18
<b>5.0 DISKUSJON.....</b>	<b>19</b>
5.1 <i>Metodediskusjon</i> .....	19
5.1.1 <i>Vår fremgangsmåte</i> .....	19
5.1.2 <i>Studiens forfattere</i> .....	19
5.1.3 <i>Studiens deltakere</i> .....	20
5.1.4 <i>Studiens metode og analyse</i> .....	20
5.1.5 <i>Språk og land</i> .....	21
5.1.6 <i>Troverdighet</i> .....	21
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i> .....	21
5.2.1 <i>Brukermedvirkning preget store deler av recovery-orientert arbeid</i> .....	22
5.2.2 <i>Helsearbeidere kan fremme tilhørighet</i> .....	23
5.2.3 <i>Recovery handler om identitetsarbeid og mestring</i> .....	24
5.2.4 <i>Det er delte holdninger til rusmiddelbruk i recovery-orientert arbeid</i> .....	25
<b>6.0 RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS .....</b>	<b>26</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>28</b>
<b>8.0 VEDLEGG .....</b>	<b>31</b>

ANTALL ORD: 7871

## 1.0 INNLEDNING

Personer med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser har en gjennomsnittlig redusert levetid med ca. 15 år sammenlignet med normalbefolkningen. I 2021 var det totalt 241 narkotikautløste dødsfall i Norge. Dette gir grunn til bekymring (NIM, 2022, s. 7). Veilederen «Sammen om mestring» fra Helsedirektoratet (2014) omtaler recovery som en tilnærming som bør prege tjenesteytingen til pasienter med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse (ROP-lidelse) (Helsedirektoratet, 2014, s. 34). Recovery har flere betydninger og er ikke bare noe helsearbeidere yter og gjør for pasienten. Det er en unik og individuell prosess pasienten selv opplever (Slade, 2017, s. 12). Anbefalingen fra Helsedirektoratet har resultert i en større interesse for recovery i psykiske helsetjenester de siste årene. Interessen gir økt etterspørsel etter kunnskap om hvordan praktisere recovery og betydningen recovery kan ha. Ny kunnskap og innsikt i erfaringer kan medføre at helsearbeidere integrerer recovery i sin tilnærming.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Recovery er en prosess med fokus på å leve et best mulig liv til tross for lidelse, symptomer og plager. Den mest brukte definisjonen går ut på at recovery er en dyp og personlig prosess (Slade, 2017, s. 12). Denne måten å tenke og tilnærme seg pasientene på, opplevde vi som en motvekt til egen erfaring og tradisjonell tenkning om hva som medførte bedring. Temaet recovery fanget vår oppmerksomhet under psykiatripraksisen på studiet, hvor recovery-orientert tilnærming preget mye av arbeidet innen psykisk helse og rus.

Ruslidelser og psykiske lidelser henger ofte sammen (Lien & Stensrud, 2021, s. 177). Psykisk lidelse er forstyrrelser i personens følelsesregulering, kognisjon eller atferd, ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, utgave (American Psychiatric Association, 2013). Rusmiddellidelse dekker skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Skadelig bruk innebærer rusbruk som har medført fysiske eller psykiske helseplager enten over en periode eller akutt. Karakteristiske trekk ved rusmiddelavhengighet er vansker med å kontrollere bruken og et sterkt behov for å innta rusmiddelet (Bramness, 2022).

Prevalensen i 2016 var ikke høyere enn 17 per 10000 (Nesvåg, 2017, s. 8). Likevel viser statistikk at pasienter med ROP-lidelser er gruppen som skårer dårligst på levekårsindikatorene (Frimand, 2022). På grunn av statistikken og Helsedirektoratet sin

oppfordring, velger vi å fokusere på pasienter med ROP-lidelser. Vi finner temaet interessant, og har erfart i studietiden hvordan recovery kan styrke arbeidet innen psykisk helse og rus. Ved å undersøke temaet ytterligere og samle erfaringer, kan vi stille sterkere når vi som ferdig utdannede sykepleiere møter morgendagens helsevesen. Ny kunnskap om recovery kan bidra til at pasienter med ROP-lidelser blir møtt på en ny måte som fokuserer på deres behov, ønsker og mål.

## 1.2 Problemformulering

Innen psykiatri og rus er det som gjelder for «de fleste», ikke nødvendigvis likt for alle. Når statistikk viser høye dødstall og dårlige levekår i pasientgruppen, kan kunnskapen om levde erfaringer bidra til større forståelse om hvordan det oppleves å ha en ROP-lidelse. Anerkjennelsen av erfaring som en godkjent kilde til kunnskap står sentralt i recovery-orienterte tilnærminger (Brekke, 2022, s. 325). Vi har derfor valgt å belyse erfaringer og opplevelser gjort blant pasienter og helsearbeidere for å bedre innsikt og forståelse for hvilken betydning recovery kan ha. Ulike perspektiv blir brukt for å trekke frem sentralt innhold (Mørstad, 2022).

## 1.3 Hensikt med oppgaven

Oppgaven har som hensikt å belyse ulike erfaringer med bruk av en recovery-orientert tilnærming i behandlingen av pasienter med rus og psykiske lidelser.

## **2.0 TEORETISK RAMME**

### 2.1 ROP-lidelser

Dobbeltdiagnose er et annet begrep som blir brukt for kombinasjonen mellom lidelsene (Lien & Stensrud, 2021, s. 177). I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelse brukes begrepet ruslidelse i hovedsak om et behandlingstrengende rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2011, s. 16). Det er ikke nødvendigvis en diagnostisert rusavhengighet, men det kan være det. Retningslinjen viser ulike kombinasjoner på hvordan ruslidelser og psykiske lidelser henger sammen:

- Den psykiske lidelsen er primær, og ruslidelsen er et forsøk på å mestre de psykiske problemene.
- Ruslidelsen er primær, og har forårsaket psykiske problemer.
- Psykiske lidelser og ruslidelse som følge av ytre faktorer, eksempelvis et stort traume (Helsedirektoratet, 2011, s. 45).

En ROP-lidelse kan medføre funksjonsnedsettelse med betydelige konsekvenser for både personen, samt nettverket hans og pårørende (Evjen et al., 2018, s. 24). Enkelte mennesker med ROP-lidelser opplever dårlige livsvilkår, og har ulike årsaker til å føle på lite håp for fremtiden og føler seg derfor motløse. Flere personer har dårlige erfaringer med mennesker som vil hjelpe dem, og har derfor en velbegrunnet skepsis til å ta imot behandling (Evjen et al., 2018, s. 25)

## 2.2 Recovery

Recovery kan både forstås og tolkes på ulike måter. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid peker på at det ikke finnes en felles standard (NAPHA, 2022). Ulike definisjoner vil belyse og vektlegge ulike sider av recovery.

Recovery er arbeidet pasienten gjør alene eller sammen med andre for å skape og oppleve mening i eget liv. Det er et liv der vedkommende erfarer kjærlighet, samhørighet og muligheter til glede og moro. Det er pasienten selv som må lede arbeidet i egen bedringsprosess. Målet er å oppleve livskvalitet og tilhørighet på tross av symptomene personen har (Karlsson & Borg, 2017, s. 11).

Mike Slade skiller mellom personlig recovery og klinisk recovery. Han mener det er enighet om at de fleste psykiske helsetjenestene i dag er lagt til rette for klinisk recovery. Klinisk recovery er en ide utviklet av fagfolk innenfor psykisk helse og fokuserer på å fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og i størst mulig grad gjenvinne det «normale». Tilnærmingen skiller seg fra personlige recovery, der fokus er å leve best mulig til tross for symptomer og plager (Slade, 2017, s. 12). Den mest brukte definisjonen av personlig recovery går ut på at recovery er en dyp og personlig prosess. Prosessen innebærer å endre holdninger, mål, verdier, ferdigheter og i noen tilfeller roller (Borg et al., 2013, s. 10).

Recovery-orientert praksis er anbefalt i behandling til personer med ROP-lidelse. Forente nasjoner (FN) kom i 2019 med internasjonale retningslinjer for rettigheter og rusmiddelbruk. Her fremheves at alle, uavhengig av rusbruk eller ikke, har samme rettigheter (Brekke, 2022, s. 324).

### 2.3 Rammeverket CHIME

**Connectedness, Hope, Identity, Meaning og Empowerment**, er de fem områdene Mike Slade identifiserer som sentrale for recovery-orientert arbeid (Slade, 2017, s. 9). Rammeverket bygger på erfaringene til personer som har levd med psykiske helseutfordringer. De fem dimensjonene oversatt til norsk: tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse.

Tilhørighet handler om å bygge seg relasjoner, ha et nærmiljø rundt seg og ha tilgjengelige felleskap og tilbud som styrker følelsen av å være inkludert i samfunnet (NAPHA, 2022, s. 44). Det ses også på muligheter for jobb, annet arbeid og fritidsaktiviteter.

Håp i recovery-orienteringen handler om å utforske drømmer og muligheter. Det innebærer å ha noen rundt som støtter og motiverer. Håp i recovery-orientert arbeid handler også om å tro på recovery som tilnærming (NAPHA, 2022).

Identitet handler om å ha andre roller enn pasient. Helsearbeidere fremmer identitet ved å kartlegge pasientens ressurser og interesser. Identitetsarbeid handler om å utvikle verdsatte sosiale roller, få positive erfaringer og støtte (Slade, 2017, s. 32-33).

Å oppleve mening i livet er en del av recovery arbeidet. Hva gir mening og oppleves som meningsfullt for pasienten? Det kan være en jobb, eller kanskje trening og mosjon som kan styrke følelsen av å ha en meningsfull hverdag. Mange opplever også at musikk, kultur og kunst kan gi ny mening i pasienten sitt liv. Pasienten kan spørre seg selv om hvilke relasjoner og sosiale roller som oppleves meningsfulle. Spørsmålene vil være med å avdekke hva som oppleves meningsfullt (NAPHA, 2022).

Siste punkt i rammeverket handler om selvbestemmelse. Det handler om å ta ansvar og få kontroll over sitt eget liv. Dette gjøres ved å få muligheten til ta egne valg og finne gode løsninger for seg selv. I recovery-arbeidet kan helsearbeideren spørre «hva er viktig for deg?»

(NAPHA, 2022). Selvbestemmelse trenger ikke bety at pasienten skal gjøre alt på egenhånd, men at pasienten selv har ansvaret.

## 2.4 Brukermedvirkning

Dagens helsevesen jobber for at pasienter i størst mulig grad skal ta styring i eget liv. Respekt for pasientens autonomi, selvbestemmelse og brukermedvirkning er vektlagt i helselovgivningen (Helsedirektoratet, 2014, s. 34). Pasienter og brukere fikk gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (2001) og psykisk helsevernloven (1999) en lovfestet rett til å medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Psykisk helsevernloven, 1999). I spesialisthelsetjenesten er brukermedvirkning lovfestet i helseforetaksloven §35 (Helseforetaksloven, 2001). Brukermedvirkning vil si at pasientens behov står i sentrum, men grad av medvirkning skjer på ulikt vis. I praksis kommer dette frem gjennom brukerperspektiv, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse og brukerstyring. Dette kan ses på som en skala av brukermedvirkning, hvor det på sitt største er når pasienten tar beslutningene (Bank et al., 2021, s. 448).

Innen psykiatri kan brukermedvirkning være vanskelig. En utfordring som kan oppstå er dersom sykdommen svinger og medfører at pasienten endrer meninger kontinuerlig. Dette skyldes at psykisk problematikk og rus kan påvirke evnen til å tenke rasjonelt, ta frie valg, føre manglende motivasjon og til ambivalens rundt behandlingen (Bank et al., 2021, s. 449).

## 2.5 De etiske grunnprinsippene

De fire etiske grunnprinsippene for medisinsk etikk, velgjørhetsprinsippet, autonomiprinsippet, ikke skade-prinsippet og rettferdighetsprinsippet ble utformet av filosofene Tom Beauchamp og James Childress i 1978 (Nortvedt, 2012, s. 96).

Å ville gjøre det beste for pasienten og gjennomføre det etter beste evne er et fundament i velgjørhetsprinsippet (Nortvedt, 2012, s. 96). Ikke-skade prinsippet konkretiserer alt som ikke skal bli gjort mot pasienten for å beskytte pasienten mot feilbehandling og dårlig praksis. Redusere ubehag og smerte er viktig ved prinsippet (Nortvedt, 2012, s. 97).

Rettferdighetsprinsippet poengterer at alle skal ha lik rett til omsorg, avhengig av pleiebehov og medisinsk behov, men uavhengig av rase, sosial status, kjønn, familie og sosialt nettverk



(Nortvedt, 2012, s. 98-99). Autonomiprinsippet handler om at pasienten, hvis kompetent, skal kontrollere egen behandling og pleie, og har rett til å avslå hjelp (Nortvedt, 2012, s. 98). Autonom betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende (Nortvedt, 2012, s. 136).

## 2.6 Travelbee og håp

Joyce Travelbee (1926-1973) jobbet som psykiatrisk sykepleier og lærer på sykepleierutdanning. I hennes teori på sykepleie er menneske er et unikt individ, både like og ulike alle andre. Sykepleie handler om mennesker, pasient, sykepleier og familie (Travelbee, 2001, s. 5). Å hjelpe pasienten å holde fast til håpet og unngå håpløshet er en av sykepleierens oppgaver. Dersom pasienten opplever håpløshet, er det også sykepleierens oppgave å hjelpe og gjenvinne håp. Generelt vil dette skje ved å være villig til å hjelpe, gjøre seg tilgjengelig og lytte til den syke (Travelbee, 2001, s. 123). Håp blir ofte sett som en motiverende faktor hos mennesker. Håp gjør det mulig å komme seg gjennom blant annet vonde situasjoner, tap, traumer, lidelser, ensomhet og nederlag. En definisjon er «Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes ligger innenfor det oppnåelige» (Travelbee, 2001, s. 117). En person må ha opplevd å ha håp og deretter mistet det for å kjenne på håpløshet. Trolig oppstår det når pasienten har lidt intenst mentalt, psykisk eller åndelig gjennom en lang periode uten hjelp eller bedring (Travelbee, 2001, s. 122).

## 3.0 METODE

Ifølge Dalland (2014, s. 112) brukes metode som verktøy for å undersøke et tema. Hvilken metode som benyttes, avhenger av problemstilling. Det skilles hovedsakelig mellom kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. De kvantitative metodene gir målbare data, noe som gir mulighet til å se på blant annet gjennomsnitt, forekomster og prosentandeler. De kvalitative metodene tar derimot for seg meninger, opplevelser og erfaringer. Forenklet kan det sies at kvantitativ forskning ønsker forklaring av et problem, mens kvalitativ forskning ønsker å forstå det (Dalland, 2014, s. 53).

Denne oppgaven er en integrativ litteraturstudie som tar utgangspunkt i flere forskningsartikler om recovery til pasienter med ROP-lidelser. Litteraturstudie har ulike

formål, men brukes ofte til å skape oversikt over tidligere forskning, og kan brukes som bacheloroppgave (Friberg, 2016, s. 141). Det finnes flere ulike typer vitenskapelige artikler, men vi tok utgangspunkt i primærstudier. Vi ønsket å benytte primærstudier fordi de inneholdt ny kunnskap om valgt emne (Dalland, 2014, s. 78). Gjennom disse studiene ville vi søke forståelse knyttet til erfaringer med recovery-orientert tilnærming til pasienter med ROP-lidelser. For å gjøre dette valgte vi å undersøke den kvalitative forskningslitteraturen, fordi det var best egnet for å belyse vår hensikt.

### 3.1 Søkeprosessen

Artiklene og deler av det teoretiske grunnlaget for oppgaven hentet vi fra søkemotorene Oria og Idunn. Vi benyttet oss av disse fordi vi hadde kjennskap til de fra før, noe som var en god forutsetning for å finne relevant fagstoff. Oria åpnet opp for resultater i flere søkebaser med treff i form av fagfelleverderte forskningsartikler. En fagfelleverdert artikkel er akademisk vurdert av uavhengige og upartiske eksperter innenfor fagfeltet (Utdanningsforskning.no, 2016). Vi ønsket å benytte fagfelleverderte artikler fordi de sikret oss kvalitet og troverdighet. Søk i Oria resulterte i tilgang til stoff fra tilhørende fag- og forskningsbiblioteker i hele Norge. Vi tok utgangspunkt i artikler vi fikk tilgang til via Oria, samtidig som vi gjorde separate søk i søkemotoren Idunn.

#### *3.1.1 Søkestrategier – inklusjon/eksklusjonskriterier*

Et inklusjonskrav var at studiene måtte være ti år eller nyere, fordi vi ønsket å basere oppgaven på relevant og nyest mulig forskning. For å kunne lese og forstå artiklene var det nødvendig å kunne forstå språket. Derfor valgte vi artikler som var skrevet på norsk eller engelsk. Engelsk blir ofte brukt for å nå et større publikum. Vi har valgt forskning utført i skandinaviske land som et inklusjonskriterium. Kulturen og helsesystemene i disse landene er relativt like, noe vi anså som forutsetning for å inkludere dem i oppgaven vår. Det vil også være nyttig for vår kompetanse i arbeidslivet at studiene vi har brukt gjelder for norsk helsevesen.

Vi tok utgangspunkt i ulike erfaringer for å belyse oppgavens hensikt. Et inklusjonskriterium var dermed at artikkelen måtte inkludere helsearbeiders- og/eller pasientperspektiv rundt

recovery-tilnærming. Som resultat av at oppgaven tar utgangspunkt i recovery-orientert tilnærming til pasienter med ROP-lidelser har vi også valgt å ekskludere artikler hvor pasientene kun hadde én lidelse og ikke begge.

### *3.1.2 Søkeord*

Bakgrunn for valg av søkeord bør være ord som best representerer problemstillingen (Östlundh, 2022, s. 83). Derfor valgte vi søkeord som var med å belyse oppgavens hensikt. Ved hjelp av innledende prøve-søk, med utgangspunkt i hensikten, kom vi frem til søkeord. Ordet recovery har forskjellige betydninger, noe som medførte et høyt antall treff gjennom flere av søk. Vi kombinerte derfor flere søkeord sammen for å få et mer presist søk. Innledningsvis benyttet vi oss av norske søkeord for å finne relevant norsk forskning. Ved å kombinere recovery og ROP, en norsk forkortelse, fikk vi treff på tre artikler i Oria. På grunnlag av dette måtte vi benytte oss av andre varianter av søkeordet «recovery». Vi gikk videre med engelske søkeord for å få flere treff. Vi la også inn våre inklusjonskriterier. Kombinasjoner vi benyttet var «recovery» og «experience», dette ga et treff på 1071. Byttet vi til søkeordet «mental illness» fikk vi et treff på 355 artikler. Dette viser hvordan ulike kombinasjoner av søkeord reduserte treffene våre ytterligere. Vi ønsket å oppnå presise søk med et utvalg artikler som var oppnåelig å kunne gjennomgå. Andre kombinerte søkeord er presentert i Vedlegg 1. søkelogg.

### *3.1.3 Valg av artikler*

Vi har systematisk vurdert artiklene etter deres egenskaper og relevans. Grovsøk handler om å lese titlene på artiklene funnet i søket, og deretter forkaste artiklene som anses å ikke passe inn med aktuell problemstilling (Coughlan & Cronin, 2020, s. 67). I seks av søkene benyttet vi oss derfor av grovsøk. Etter dette satt vi igjen med 48 artikler hvor vi leste sammendraget, et høyt antall artikler. Derfor vi leste halvparten hver, hvor vi så blant annet på metoden og strukturen anvendt i artiklene. Flere artikler falt bort fordi de ikke var primærstudier eller grunnet kvantitativ metode. Til sammen satt vi igjen med 22 artikler etter denne gjennomgangen. Disse fordelte vi, og forkastet underveis i lesingen om vi anså at de ikke var egnet til å belyse hensikten.

Det ble foretatt flere vurderinger for å redusere antallet artikler. Inklusjon- og

eksklusjonskriteriene lagde rom for å finne de rette artiklene. Eksempelvis var et av våre kriterier at studien var gjennomført i Skandinavia. Derfor kunne vi eliminere artikler som ikke var utført der. Til slutt var det hensikten vår og inklusjons-/eksklusjonskriterier som gjorde at vi endte med fem forskningsartikler. Forskningsartiklene fremstilles i Tabell 1 og mer omfattende i Vedlegg 2.

Tabell 1. Oversiktstabell over valgte artikler

<b>Forfattere, årstall, tittel</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>
Biong, Stian Soggiu, Anna-Sabina 2015 «Her tar de tinga i henda og gjør noe med det» - om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste.	Recovery i primærhelse-tjenesten.	Formålet er å finne ut hvilke erfaringer personer med samtidige lidelser har når det gjelder recovery-orientert arbeid i et lokalt psykisk helse – og rusteam.	Pasient	Kvalitativ metode. Individuelle intervju
Brekke, Eva Lien, Lars Davidson, Larry Biong, Stian 2017 First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions.	Viktige faktorer for pasientene i recovery-tilnærmingen og utfordringer.	Utforske og beskrive erfaringer med recovery hos pasienter med ROP-lidelser i en kommune i Norge.	Pasient	Kvalitativ metode. Individuelle intervju
Cruce, Gunilla Öjehagen, Agneta Nordström, Monica 2012 Recovery-promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse.	Sentrale faktorer i recovery-tilnærmingen	Identifisere tema som gjenspeiler mangfold og kompleksiteten ved recovery-tilnærmingen	Pasient	Kvalitativ metode. Individuelle intervju
Brekke, Eva Lien, Lars Nysveen, Kari Biong, Stian 2018 Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative	Utfordringer knyttet til recovery	Beskrive og utforske dilemmaer ved recovery-orientert praksis til pasienter med ROP-lidelser ute i kommunene.	Helsearbeidere	Kvalitativ metode. Fokusgrupper

study of staff experiences  
in Norway

Jørgensen, Kim Hansen, Morten Karlsson, Bengt 2022 Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals	Ansattes erfaringer med recovery til pasienter med ROP- lidelser.	Undersøke meningen med å praktisere recovery-orientert tilnærming innen psykisk helse.	Helsearbeidere	Kvalitativ metode. Fokusgrupper
--	--	--	----------------	------------------------------------

---

### 3.2 Analyse av artikler

Friberg (2022a, s.176) illustrerer hvordan analysearbeidet handler om å bevege seg fra helhet til del for å så sette delene sammen igjen og danne en ny helhet. Vi har basert analysearbeidet vårt på Fribergs metode, en metode som benyttes ved kvalitative analyser.

Arbeidet startet med å lese gjennom de fem utvalgte artiklene flere ganger separat. Dette gjorde vi for å få en forståelse og følelse av artiklens innhold og mening. I Fribergs analysemodell omtales dette som første steg i analysearbeidet (Friberg, 2022a, s. 177). Vi fokuserte etter hvert på resultatdelen når vi leste. Vi identifiserte hovedfunn i studienes resultatdel, trinn to i Friberg sin analysemodell (Friberg, 2022a, s. 177), separat for å kunne diskutere med hverandre i etterkant. Resultatene fra hver studie måtte deretter sammenstilles, noe som gjorde at vi fikk overblikk over det som måtte analyseres (Friberg, 2022a, s. 178). Etter å ha gått gjennom artiklene fikk vi oversikt over studienes resultater ved å skrive ned nøkkelfunn underveis. Det ble avdekket både likheter og ulikheter i studiene. Overordnede kategorier ble identifisert og vi så hvordan artiklene kunne henge sammen med hverandre. Denne delen av arbeidet omtaler Friberg (2022a, s. 178) som å relatere studienes resultat til hverandre. Dette var en tidkrevende del av analysearbeidet, men nødvendig for sammenstilling av våre funn.

Etter analysearbeidet etablerte vi hovedkategorier og underkategorier. Kategoriene var essensen i å besvare oppgavens hensikt. Vi velger å presentere vår inndeling i tabell 2.

Tabell 2. Sammenstilling av analysearbeid: hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Brukermedvirkning	Samarbeid
	Autonomi
	Selvbestemmelse
Tilhørighet	Re-etablering av et sosialt liv og relasjoner
	Aksept og inkludering
Identitet og mestring	Å ha det bra med seg selv
	Personlig utvikling
Rusmiddelbruk og symptomkontroll	Balanse
	Holdninger

## 4.0 RESULTATER

Funn hentet fra artiklene tar utgangspunkt i sammenstillingen ovenfor. Vi velger å presentere funn på en systematisk måte med inndeling etter våre hovedkategorier, hvor innholdet videre springer ut fra de identifiserte underkategoriene.

### 4.1 Brukermedvirkning

Pasientene i studien til Biong & Soggiu (2015) opplevde likeverd mellom seg og de ansatte. De var med på bestemmelsen av mål og planer, noe som gjorde at arbeidet virket meningsfullt for den enkelte. Aktiv deltakelse i arbeidet fremmet også relasjonen til ansatte. Kontakten var en likeverdig form med utgangspunkt i pasientens ressurser (Biong & Soggiu, 2015, s. 55). Helsearbeiderne i Jørgensen et al. (2022) pekte på at et viktig aspekt ved arbeidet er å lytte til

pasientens behov og ønsker. Brukermedvirkning var her å respektere og handle i tråd med pasientens ønsker. Pasientene må selv finne ut hva de ønsker å få ut av arbeidet.

Helsearbeiderne kunne ikke forvente at pasienten nødvendigvis visste hva som var til eget beste. For å hjelpe pasienten å finne ut av ønskene sine kan helsearbeideren lage struktur og et miljø rundt pasienten. Dette for å fremme evnen til å utvikle seg og oppnå bedring (Jørgensen et al., 2022, s. 7).

I Cruce et al. (2012) er et funn hvordan pasientene verdsatte behandlingstiltak som fremmet deres autonomi. Et slikt tiltak kunne for eksempel være selvhjelp, hvor pasienten fikk veiledning til å mestre praktiske oppgaver som husarbeid, sikkerhet ved bilkjøring og/eller yrkesrettet rehabilitering. Arbeidet ble tilrettelagt slik at pasienten selv kunne utføre og bestemme over oppgaver. Helsearbeiderne i Brekke et al. (2018) belyste selvbestemmelsen ved å understreke at målet med behandlingen skal baseres på hva som er viktig for pasienten. Det første helsearbeideren skulle starte med er å spørre, «hva er viktig for deg?». Studien fortalte oss at en viktig erfaring ved recovery-orientert tilnærming er arbeidet om å styrke pasienten og støtte deres ønsker i prosessen.

Biong & Soggiu (2015) fortalte hvordan pasientene opplevde seg som aktive pådrivere i samarbeidet med de ansatte. Pasientene opplevde at relasjonen bestod av respekt og anerkjennelse. Samarbeidet begynte med at pasientene, etter eget ønske, fikk hjelp til praktiske tiltak og gjøremål. Dette kunne virke som et godt utgangspunkt for videre samarbeid, hvor pasientenes synspunkter fikk komme frem tidlig. Samarbeidet fokuserte på hverdagslivet (Biong & Soggiu, 2015, s. 54).

De ansatte ble opplevd som fleksible, noe som ble beskrevet som en forutsetning for et godt samarbeid. En annen viktig forutsetning var fokuset på pasientens egne mål. «*Vi lager mål sammen, som er viktige for meg*» (Biong & Soggiu, 2015, s. 55). Det var også vesentlig at kontakten med de ansatte varte over flere år. Relasjonen ble beskrevet som viktig (Biong & Soggiu, 2015 og Jørgensen et al., 2022). En trygg og nær relasjon kunne bety større åpenhet og innsikt i pasienten liv. De ansatte i Jørgensen et al. (2022) fortalte at deres erfaring var at relasjonen med pasienten er det viktigste verktøyet for å kunne hjelpe.

## 4.2 Tilhørighet

Tilhørighet kom til syne i artiklene på ulikt vis. Et hovedfunn i Brekke et al. (2017) var viktigheten av å kunne bidra med noe, samt bli akseptert av samfunnet. Opplevelsen av å kunne bidra i samfunnet og bety noe for noen andre ble assosiert med å føle seg meningsfull, verdifull, glad og mindre bekymret.

Cruce et al. (2012) viste tilhørighet gjennom relasjoner til familie, slektninger eller en gruppe. Samspillet mellom helsearbeider og pasient i form av møter og aktiviteter motiverte pasienten til å være mer aktive i arbeidet, noe som bidro til en strukturert hverdag. Dette resulterte i en normalisert daglig rytme som fremmet muligheter for å ha et mer sosialt liv (Cruce et al., 2012, s. 664). Relasjonen kunne være til ansatte og hjelpetilbudet. Biong & Soggiu (2015) illustrerte hvordan helsearbeidere kunne hjelpe pasienten til å etablere et sosialt liv. Vi ser hvordan studien trakk frem innholdet i tjenesten som sentralt. Pasienten kunne få hjelp til både arbeid, familie og sosialt nettverk. En pasient, som isolerte seg og hadde angst, fortalte at det var vanskelig å ta bussen. Pasienten fikk da hjelp fra ansatte. Sammen tok de turer med bussen og dro på trening, noe pasienten opplevde fungerte. De ansattes praksis skapte mulighet for pasienten å handle på nye måter. Flere av pasientene fortalte at de gjennom hjelpen hadde blitt mer fysisk og sosialt aktive. Samarbeidet og innholdet i tjenestene gikk fra at de ansatte «gjør for» til at pasienten kunne «gjøre selv». Denne måten å jobbe på la til rette for en sosial identitet hos deltakerne (Biong & Soggiu, 2015, s. 57).

Cruce et al. (2012) beskrev hvordan samvær med andre ga pasientene glede i hverdagen. På samme måte trakk også Jørgensen et al. (2022) frem tilhørigheten, her til en slektning eller venn. I Brekke et al. (2017) fortalte en pasient at å ha en nær venn å snakke med i løpet av prosessen har vært viktig. Flere pasienter beskrev at avhold fra rusmidler var helt grunnleggende for å kunne ha en jobb, ta utdanning, ha et familieliv og/eller forbedre sin mentale helse. Helsearbeiderne anerkjente at mangel på et sosialt nettverk og et dårlig rykte i lokalmiljøet var utfordringer med recovery-arbeidet, dette i Brekke et al. (2018, s. 4), noe pasientene i Brekke et al. (2017) også opplevde. Deltakere uttrykte forståelse overfor arbeidsgivere som ikke ansatte dem på grunn av deres ustabile livssituasjon. Pasientene følte selv de hadde noe å bidra med, men at lokalmiljøet ikke trengte, eller ønsket deres bidrag. Sosial deltakelse på samfunnets premisser ble beskrevet som motiverende. Målet var å føle seg akseptert på samme vilkår som resten av samfunnet. Deltakerne beskrev at det var



forskjell på å bli tolerert i samfunnet som en rusmisbruker, og det å bli akseptert på samme grunnlag som alle andre. Flere hadde et ønske å bli akseptert i samfunnet, noe de opplevde som vanskelig når de brukte rusmidler (Brekke et al., 2017, s. 16).

#### 4.3 Identitet og mestring

Recovery blir i Brekke et al. (2017) fremstilt som å lære å kjenne seg selv som mer enn en rusbruker. Mye av arbeidet mot en positiv identitetsutvikling handlet om å mestre hverdagen og livet. En pasient fortalte hvordan han gjentatte ganger utsatte seg for hverdagslige situasjoner, som for eksempel å gå på matbutikken. Ved gjentatt eksponering lærte pasienten seg å mestre situasjoner han tidligere ikke var kjent med. En annen pasient meddelte hvor stor betydning å få førerkortet hadde, at det ga stor mestringsfølelse. Samme deltaker mente selv at alt hen kjente til var rusmidler. Et ønske var derfor en endring for å ha mer til felles med andre mennesker. Når andre mennesker pratet, opplevde deltakeren at hen ikke hadde kjennskap til temaene. Mål som ga kjennskap til hverdagslige gjøremål ble derfor et fokus for pasienten (Brekke et al., 2017, s. 17).

Vi kunne se hvordan samarbeidet med pasient og helsearbeider hadde fokus på hverdagslivet. Pasientene beskrev innholdet i tjenesten i form av samtaler, samvær, praktisk hjelp hjemme, hjelp til økonomi og aktiviteter eller arbeid. En deltaker forteller: *«Det jeg synes er bra, er at fokuset er på å mestre hverdagen og ok, jeg har et rusproblem, jeg har psykiske problemer... Vi snakker heller om hvordan det funker i hverdagslivet»* (Biong & Soggiu, 2015, s. 55). Samme deltaker fortalte at det åpnet seg nye bilder av verden ved å mestre den ene tingen etter den andre.

I Brekke et al. (2017) ble recovery beskrevet som å handle i tråd med egne ønsker og verdier, samt forbedre kognitive evner og gjenopprette ferdigheter. Andre opplevelser som fremmet den personlige utviklingen handlet om å sette pris på seg selv, slappe av, tørre stole på seg selv og ha en god samvittighet. Flere deltakere omtalte dette som det å bli seg selv igjen, etter å ha mistet mye ferdigheter, egenskaper og evner i perioden med alkohol og/eller rusmisbruk.

*I've come to love myself, that's what I really value most of all. The fact that I've been in this pain for all these years and got through it and learned to value myself. So that*

*I've got back my self-respect. It hasn't been put there, nobody's given it to me, I've fought for it myself* (Brekke et al., 2017, s. 16).

#### 4.4 Rusmisbruk og symptomkontroll

Deltakerne i Jørgensen et al. (2022, s. 8) meddelte hvordan de i møte med pasientene opplevde det vanskelig å jobbe recovery-orientert fordi recovery forutsatte at pasienten aktivt deltok i prosessen. Helsearbeiderne fortalte at de hadde pasienter med alvorlige symptomer og stort rusmisbruk. Flere ansatte opplevde samarbeidet med pasientene som vanskelig fordi noen pasienter var paranoide og hadde et stort avhengighetsproblem. Recovery krever et samarbeid, hvor pasientens ønsker kommer frem. Målet måtte dermed være å redusere misbruk og redusere symptomene, ifølge helsearbeiderne. Flere deltakere var frustrerte over den massive bruken av narkotika og alkohol blant pasientene, da det forverret det recovery-orienterte arbeidet (Jørgensen et al., 2022, s. 8).

Samme utfordring kom også frem blant helsepersonellet i Brekke et al. (2018). Det var delte meninger blant deltakerne om avhold skulle være et mål. Noen så på aksept av rusmiddelbruk som å gi opp pasienten. Andre anerkjente at endring kunne skje til tross for rusmisbruk. Å finne rett balanse var utfordrende, spesielt siden det var ulike meninger om saken på den aktuelle arbeidsplassen. En helsearbeider fortalte at de må spørre pasienten om hva de er motiverte for å jobbe mot. Det ble jobbet mot endring, men det trengte ikke handle om rusmisbruket (Brekke et al., 2018, s. 5).

For pasienter med ROP-lidelser, hvor problematikken er todelt, opplevde pasienter at de psykiske helseplagene var lettere å leve med dersom rusmiddelbruken ble redusert. Andre pasienter fortalte derimot at de bruker rusmidler for å takle psykiske plager bedre (Brekke et al., 2017, s. 18). På et generelt grunnlag var pasientenes erfaringer at avhengighet var altopplukende og medførte dårlig selvbilde. Mange trengte at noen gjorde dem bevisste på deres situasjon, og hvor alvorlig det var. Tiltak pasientene mente fungerte var behandling for avhengighet, støtte fra erfaringskonsulenter, bevisstgjøring og økt kunnskap (Brekke et al., 2017, s. 18). Pasienter hevdet at avhold eller redusert bruk av alkohol og andre rusmidler var nødvendig for å jobbe recovery-orientert. De opplevde at rusmidler utløste psykiske plager og at bruk resulterte i tilbakefall av for eksempel psykose. En måte å unngå rusmidler var å finne

andre hyggelige opplevelser som ga lignende sterke og gode følelser. Seksuelle opplevelser, musikk, lesing og kunst ble pekt på som aktiviteter som gjorde det lettere å være avholds (Cruce et al., 2012, s. 665).

## **5.0 DISKUSJON**

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil vi løfte frem svakheter og styrker med både vår fremgangsmåte og kildekritikk av studiene vi har brukt.

#### *5.1.1 Vår fremgangsmåte*

Vi har valgt integrativ litteraturstudie som fremgangsmåte i oppgaven for å kunne sammenligne funn. Da allmenn litteraturoversikt innebærer beskrivende presentasjon av resultatene, ønsket vi ikke benytte oss av denne litteraturoversikten (Friberg, 2022b, s. 196). Integrativ litteraturstudie forutsetter at vi sammenligner data og fremstiller det til en ny helhet, noe vi har gjort med utgangspunkt i fem kvalitative forskningsartikler (Friberg, 2022b, s. 196). Svakheten ved kvalitativ metode er at funnene ikke kan generaliseres fra utvalget til større grupper. Likevel har kvalitativ metode vært hensiktsmessig for å belyse vår hensikt i og med at det er erfaringer vi ønsket. Underveis i arbeidet vårt fant vi andre søkeord og kombinasjoner som kunne resultere i andre treff, for eksempel bruk av nøkkelordene i artiklene.

#### *5.1.2 Studienes forfattere*

Vi har undersøkt forfatterne på artiklene, Biong & Soggiu (2015), Brekke et al. (2017), Cruce et al. (2012), Brekke et al. (2018) og Jørgensen et al. (2022) for å sjekke troverdighet. Forfatterne har relevant helsefaglig bakgrunn og forskerkompetanse med interesse for recovery. En interesse for recovery anser vi som fordel fordi de kjenner forskningsfeltet og hvordan de vil forske på fagområdet.

### *5.1.3 Studienes deltakere*

For å forstå recovery som det samspillet det er, brukte vi to perspektiv for å belyse hensikten vår, helsearbeideres og pasienters perspektiv. Ønsket vårt var å dekke flere sider av temaet og se om erfaringene var like eller ulike. Vi anser det som en styrke å belyse begge perspektiv da det gir oss en bredere forståelse for recovery. En mulig svakhet er at vi ikke har fått dybdeforståelse innen ett perspektiv.

Vi hadde ikke inklusjons- eller eksklusjonskriterier knyttet til alder eller kjønn på deltakerne, med den hensikt å representere et mangfold av erfaringer. Vi vurderte variasjon som en fordel for vår oppgave. Deltakerne i studiene til Biong & Soggiu (2015), Cruce et al. (2012) og Brekke et al. (2017) var pasienter, rekruttert av ansatte i teamet deres. Dette kan være en svakhet fordi det kan foreligge en mulig seleksjon og at potensielle deltakere med viktige erfaringer ble utelatt (Biong & Soggiu, 2015).

### *5.1.4 Studienes metode og analyse*

Det er brukt to ulike former for intervjuer for innhenting av data, individuelle intervjuer og fokusgrupper. For å dekke pasienters erfaringer er det brukt individuelle intervju i alle studiene (Biong & Soggiu, 2015; Brekke et al., 2017; Cruce et al., 2012). Fokusgrupper har blitt brukt for å samle helsearbeidernes erfaringer (Brekke et al., 2018; Jørgensen et al., 2022). Individuelle intervjuer kan bety færre aspekter i erfaringene enn ved bruk av fokusgrupper (Biong & Soggiu, 2015). Vi tenker likevel av hensyn til pasientenes personvern at det er bra at individuelle intervjuer er brukt i artiklene som belyser pasientperspektivet. En styrke ved fokusgrupper er å få innholdsrike data ved å samle en gruppe for å diskutere og reflektere sammen (Jørgensen et al., 2022).

Systematisk tekstkondensering som analysemodell, en trinnvis analysemodell (Malterud, 2012), tenker vi er godt gjort rede for i studiene til Brekke et al. (2017) og Biong & Soggiu (2015). I Biong & Soggiu (2015) er det referert til en tidligere utgave (Malterud, 2003), hvor forfatterne kanskje kunne brukt en nyere utgave (Malterud, 2012). Vi mener at analysedelen i Cruce et al. (2012), ut fra (Kvale, 1997), er vel gjort rede for. Analysemodellen har utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming (Giorgi, 1975). Analysene i Jørgensen et al. (2022) og Brekke et al. (2018) anser vi som grundig gjort rede ut fra tematisk innholdsanalyse

(Braun & Clarke, 2006; Graneheim & Lundman, 2004).

### *5.1.5 Språk og land*

Vi anerkjenner at det kan ha oppstått feiltolkninger i forbindelse med oversettelse av engelsk tekst og faguttrykkene i de engelske artiklene, noe som kan være en svakhet. Helsevesenet i Sverige og Danmark er sammenlignbare med det norske. Det finnes sterke likhetstrekk mellom den norske velferdsstaten og ordningene i Danmark og Sverige. Ofte blir dette betegnet som den skandinaviske velferdsmodellen (Christensen & Berg, 2022).

### *5.1.6 Troverdighet*

Vurdering av en studies troverdighet vil gjøres på ulik måte, med utgangspunkt i hvilken forskningsmetode som er brukt. I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011, s. 8). Vår oppgave er basert på kvalitative artikler og dermed bruker vi begrepet troverdighet - et overordnet begrep for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011, s. 8). Vurdering av troverdighet i kvalitative studier handler om i hvilken grad forskeren har fremstilt pålitelige, gyldige og overførbare funn. Pålitelighet handler om nøyaktighet og styrkes ved alle praktiske delene av metoden, for eksempel kvalitet på lydopptak. Overførbarhet knyttes til om meningen er gjenkjennelig og at funnene er relevante og anvendbare i andre situasjoner (Drageset & Ellingsen, 2011, s. 9). Vi anser artiklene vi har funnet som relevante og av betydning for hensikten vår. Forskerne har i stor grad gjort grundig rede for metoden og analysedelen, noe som er med på å styrke troverdigheten.

## 5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil vi diskutere våre hovedfunn opp mot aktuell teori, samt inkludere egne refleksjoner.

### *5.2.1 Brukermedvirkning preget store deler av recovery-orientert arbeid*

Til tross for ulike definisjoner og oppfatninger av recovery som begrep, ser vi hvordan et fellestrekk for studiene er betydningen av pasientens egne ønsker. Brukermedvirkning kommer til syne i Biong & Soggiu (2015) ved at pasientene er med på å bestemme mål og planer. Helsearbeiderne i Jørgensen et al. (2022) mente også at pasientens ønsker skulle stå i sentrum. At begge perspektiv trekker dette frem som essensielt, tolker vi som en felles enighet og opplevelse om samvalg. Samvalg vil si at helsearbeidere og pasienter samarbeider om å finne den beste behandlingen for akkurat denne pasienten. Samvalg er dermed nært knyttet til brukermedvirkningsbegrepet (Erfaringskompetanse, 2021, s. 82). Begge parter ønsker fokus på pasienten med ROP-lidelsen, noe som også ivaretar brukermedvirkning som lovfestet - i helseforetaksloven, pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven (Helseforetaksloven, 2001; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001; Psykisk helsevernloven, 1999).

En forutsetning for samvalg er relasjonen mellom pasient og helsearbeider. Dette vises gjennom de delte erfaringene til pasientene i Biong & Soggiu (2015) og helsearbeiderne i Jørgensen et al. (2022). Det er en likesidet erfaring at samarbeidet er av betydning, men også at samarbeidet ikke alltid vil være enkelt. Brukermedvirkning viser seg som en erfaring gjennom ulik grad av aktiv deltakelse hos pasienten i samarbeidet med sykepleieren. I noen tilfeller styrer pasienten det meste. Da er brukermedvirkning på det største - hvor det er pasienten tar beslutningene. Dette blir kalt brukerstyring (Bank et al., 2021, s. 448). Ikke alle pasientene ble vurdert til å kunne vite sitt eget beste (Jørgensen et al., 2022, s. 7). Her blir det en mindre grad av brukermedvirkning. Vi identifiserer dette som en utfordring som også støttes i aktuell teori som sier at brukermedvirkning innen psykiatri kan være vanskelig. Det kan skyldes påvirkningsevnen rus og psykisk lidelse har på rasjonell tenkning og evnen til å ta frie valg. Det kan også resultere i manglende motivasjon og ambivalens til behandlingen (Bank et al., 2021, s. 449).

I Cruce et al. (2012) opplevde pasientene at behandlingstiltakene, hjelp i form av selvhjelp og ulik opplæring var med på å gjøre dem mer selvstendige. I likhet med selvbestemmelsen i CHIME trenger ikke det bety at pasienten skal gjøre alt på egenhånd, men at pasienten selv har ansvaret. Ved å få veiledet hjelp til praktiske oppgaver, legges ansvaret over på pasienten. Å gi pasienten ansvar vises i Biong & Soggiu (2015) hvor pasientene fikk være med å

bestemme sine mål og planer. I CHIME faller dette inn under selvbestemmelse da det handler om evnen og mulighet til å ta egne valg og finne gode løsninger for seg selv (NAPHA, 2022).

Det vi finner interessant er hvordan pasienterfaringene kan bekreftes hos helsearbeidere. Helsearbeiderne i Brekke et al. (2018) belyser nemlig selvbestemmelsen ved å understreke at målet med behandlingen skal være basert på hva som er viktig for pasienten. Å spørre pasienten «hva er viktig for deg?», er en måte å finne ut av pasientens ønsker. NAPHA (2022) sier at helsearbeidere i recovery-orientering, for å fremme selvbestemmelsen i CHIME, på samme måte kan spørre pasienten det spørsmålet.

Vi ser hvordan disse erfaringene også gjenspeiler autonomiprinsippet, et av de etiske grunnprinsippene. Autonomiprinsippet handler om selvbestemmelse (Nortvedt, 2012, s. 136). Recovery-arbeidet er det er pasienten gjør alene eller sammen med andre for å skape opplevelsen av mening i sitt liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Det er pasienten som skal lede arbeidet mot bedring. At erfaringene i studiene kan støttes opp av et rammeverk, lover og av etiske prinsipper, forteller oss at denne erfaringen er helt grunnleggende for recovery-orientert arbeid.

### *5.2.2 Helsearbeidere kan fremme tilhørighet*

I vårt analysearbeid var tilhørighet en hovedkategori, da dette blir inkludert på ulike måter i alle studiene. Dette er ikke noe vi finner overraskende fordi tilhørighet er en av dimensjonene i CHIME (NAPHA, 2022).

Tilhørighet kan knyttes til å bli akseptert i samfunnet. På den ene siden vil det å føle seg nyttig, akseptert og inkludert i et samfunn være med på å fremme recovery. På motsatt side vil ekskludering i samfunnet og opplevelsen av å bli avvist hemme recovery-arbeidet (Brekke et al., 2017, s. 16). Dette forteller oss at det kan oppstå utfordringer med å oppnå følelsen av tilhørighet og aksept. Deltakerne i Brekke et al. (2018, s. 4) anerkjente at mangel på sosialt nettverk og et dårlig rykte i lokalmiljøet var utfordringer, noe pasientene i Brekke et al. (2017) også opplevde. Flere deltakere uttrykte at det var vanskelig å få jobb. De hadde forståelse overfor arbeidsgivere som ikke ville ansette dem på grunn av deres livssituasjon. Ifølge FN sine internasjonale retningslinjer for rettigheter og rusmiddelbruk, skal pasienten uavhengig

av rusbruk eller ikke, ha samme rettigheter som andre (Brekke, 2022, s. 324).

Rettferdighetsprinsippet, som et av de etiske grunnprinsippene sier også at behandling skal gis på en rettferdig måte. Det handler om at enhver som søker hjelp skal behandles likt (Nortvedt, 2012, s. 98-99). Det ligger dermed mye til grunn for at slik ekskludering i samfunnet ikke burde skje. Likevel sies det at ROP-lidelser kan medføre funksjonsnedsettelse og gi betydelige konsekvenser for både personen, samt nettverket hans og pårørende (Evjen et al., 2018, s. 24). Vi ser derfor at helsearbeideren må arbeide for rettferdig ressursfordeling med utgangspunkt i likebehandling og prioritering av de mest trengende (Nortvedt, 2012, s. 98-99).

Flere pasienter i Brekke et al. (2017) beskrev også at avhold fra rusmidler var helt grunnleggende for å kunne ha en jobb eller et familieliv. Dette viser hvordan også pasienten må samarbeide og ta vurderinger i arbeidet om et sosialt nettverk. Helsearbeiderens ansvar om å handle i tråd med etiske grunnprinsipp vises i relasjonen til pasienten og hjelpetilbudet. Innholdet i tjenesten er svært sentralt for å fremme tilhørighet. Biong & Soggiu (2015) illustrer hvordan helsearbeidere kan hjelpe pasienten å få etablert et sosialt liv i form av arbeid, familie og sosialt nettverk. Relasjoner til familie, slektninger eller venner er betydningsfullt (Brekke et al., 2017; Cruce et al., 2012), noe helsearbeiderne også vil ha fokus på. Helsearbeiderne jobbet sammen med pasientene for å gjenvinne kontakt til sine slektninger og familie (Jørgensen et al., 2022, s. 6). Samarbeidet bekrefter at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Den profesjonelle hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29). Vi identifiserer at arbeidet pasienten og helsearbeideren gjør sammen for å fremme tilhørighet, handler om nettopp dette. Opplevelsen av tilhørighet vil ikke bare forebygge lidelse, men vil også gi følelsen av mening. Det vises i studiene hvor pasientene assosierte tilhørighet med å føle seg meningsfulle, verdifulle, glade og mindre bekymret (Brekke et al., 2017, s. 16).

### *5.2.3 Recovery handler om identitetsarbeid og mestring*

Recovery som prosess innebærer å endre holdninger, mål, verdier, ferdigheter og i noen tilfeller, roller (Borg et al., 2013, s. 10) Vi identifiserer at identitetsarbeidet presentert i studiene handler om nettopp dette. I Brekke et al. (2017) ser vi også at å handle i tråd med egne ønsker og verdier, samt forbedre kognitive evner og gjenopprette ferdigheter er en del av



recovery-orientert arbeid. At pasientene er motiverte for å jobbe på denne måten kan ses i lys av håp. Håp, ifølge Joyce Travelbee, handler om ønsket å nå fram til eller oppfylle et mål (2001, s. 117). Pasientene hadde som overordnet mål å mestre hverdagen. For å oppnå dette satt pasientene seg delmål i form av å få førerkort eller handle mat i butikken. Dette forteller oss at de aktuelle pasienterfaringene også belyser håp, nettopp fordi pasientene har et *ønske* om å mestre hverdagen og videre setter seg *mål* for å oppnå dette (Biong & Soggiu, 2015; Brekke et al., 2017). Håp fremmer motivasjon (Travelbee, 2001, s. 117). Erfaringene viser at flere var motiverte, vi kan også da se hvordan de hadde håp. CHIME tar for seg håp og identitet som to selvstendige områder av recovery. De yrkesetiske retningslinjene sier også at sykepleieren skal understøtte håp og mestring (NSF, 2019). Helsearbeiderne i studiene handler i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, CHIME og Travelbee når de aktivt hjelper pasientene i arbeidet. I Biong & Soggiu (2015) kommer dette frem når pasientene beskriver hjelpetilbudet og hvordan de ansatte ikke hadde noen grenser på hjelpen de kunne få.

Å balansere hvor mye hjelp de ansatte skal tilby og hvor mye ansvar pasienten skal få, er en utfordring vi ser i Brekke et al. (2018). Faren er at ved for mye praktisk hjelp ville pasienten oppleve å bli avhengig av hjelpetilbudet og bli underordnet et system som gjør en mindre myndiggjort. Her må helsearbeiderne balansere hjelpen, men fortsatt ha et hjelpetilbud som vil fremme håp og mestring.

#### *5.2.4 Det er delte holdninger til rusmiddelbruk i recovery-orientert arbeid*

Flere sykepleiere var frustrerte over den massive bruken av narkotika og alkohol blant pasientene, da det forverret det recovery-orienterte arbeidet (Jørgensen et al., 2022, s. 8). Det ble beskrevet at avhold eller redusert rusmisbruk var en forutsetning for å jobbe recovery-orientert (Cruce et al., 2012, s. 665). Vi ser at helsearbeidere i Brekke et al. (2018) finner dette utfordrende. Det var flere som mente at avhold skulle være et mål. De mente akseptering av rusmiddelbruk ville bety å gi opp. Andre ansatte mente derimot at bedring kunne skje uavhengig av reduisering i bruk av rusmidler (Brekke et al., 2018). Pasientene i Biong & Soggiu (2015, s. 57) så på det som nødvendig at de ansatte ønsket avhold. Målet skulle være minst mulig eller ingen rusmiddelbruk.

Vi anser det hele som et etisk dilemma knyttet til ikke skade-prinsippet og velgjørhetsprinsippet. Gjennom utdanning har vi lært at rusmidler er skadelig, uavhengig av

hvilket rusmiddel. Derfor forstår vi helsearbeiderne som mente avhold skulle være et mål. De ville pasienten vel, ved å prøve å redusere farlig rusmisbruk. På den andre siden erfarte pasienter at nedtrapping av rus ville forverre plagene. Disse pasientene brukte rusmidler for å dempe symptomene. I tråd med aktuell teori om recovery skal arbeidet handle om å fremme livskvalitet og håp til tross for symptomer (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Dermed kan det argumenteres for at fokuset burde flyttes bort fra rusmiddelbruk, til å heller handle om hvordan pasientene, på tross av bruk, kan ha et godt liv. Det er delte meninger og mange helsearbeidere erfarte at endring av fokus er vanskelig i praksis (Brekke et al., 2018; Cruce et al., 2012). Erfaringene forteller oss at rusmiddelbruk er et stort tema i arbeidet. Helsearbeidere bør sammen med pasienten avdekke hvilke forventninger det er knyttet til bruk. Har pasienten et ønske om å bli rusfri? Hva er pasienten motivert for? Dette er spørsmål som igjen vil fremme både selvbestemmelse, håp og identitet i CHIME (NAPHA, 2022). Dilemmaet kan synes å skape et skille mellom personlig og klinisk recovery - som er de to ulike formene Slade (2017) identifiserer.

Det kan se ut som helsetjenestene i noen tilfeller går over til en klinisk recovery, noe som samsvarer med Mike Slade (2017). Slade sier at dagens psykiske helsetjenester er mest lagt opp til klinisk recovery hvor fokuset er å fjerne symptomer, mens personlig recovery fokuserer på bedring til tross for plager (Slade, 2017). Vi ser hvordan noen pasienter ønsket å være rusfrie og opplevde det som viktig, mens andre ønsket og følte et behov for å bruke rusmidler. Det er dermed delte meninger både blant helsearbeidere og pasientene. Det bekrefter også at det er ulike definisjoner og oppfatninger om hva recovery er eller kan være. Vi identifiserer at det viktigste likevel forblir å jobbe ut fra pasientens ønsker - da alle studiene og aktuell teori forteller oss at det er grunnleggende for recovery (Karlsson & Borg, 2017, s. 11; NAPHA, 2022).

## **6.0 RESULTATENES IMPLIKASJON FOR PRAKSIS**

Arbeidet med bacheloroppgaven har lært oss hva som står sentralt i recovery-orientert arbeid. Resultatene forteller oss at recovery er et samarbeid, med pasientens ønsker i sentrum. En forutsetning for at recovery skal fungere i praksis er også at pasienten selv må ønske bedring, først da kan det jobbes recovery-orientert. Ønskelig er det at recovery implementeres i høyere grad i praksis, og mer strukturert. Det bør skje en kartlegging av pasientens behov, mål og ønsker i den situasjonen de er i, og så må helsearbeideren tilpasse behandlingen til den enkelte

sammen med pasienten.

Erfaringene vi har trukket ut fra de ulike studiene kan anvendes i praksis ved å integrere de sentrale områdene inn i psykisk helsearbeid. Helsearbeidere kan med pasientens erfaringer få bedre innsikt og forståelse for hvordan det er å ha en ROP-lidelse. Dersom helsearbeideren selv kan sette seg inn i situasjonen og forstå hva som oppleves som viktig for pasienten, er det trolig lettere å møte pasientens behov.

Enhver pasient er unik, med egne behov og sin historie. Recovery er pasientens reise og unike prosess mot bedring. Erfaringene til pasientene vil gi økt kunnskap og kjennskap til tilnærmingen og dermed kunne bedre tjenestetilbudet til pasienter med ROP-lidelser. Det forutsetter at helsearbeiderne også bruker kunnskapen og har et ønske om å yte sitt beste for pasientene.

*Det er ikke nok å vite, man må også bruke kunnskapen.*

*Det er ikke nok å ville, man må også gjennomføre.*

- Goethe (Helsedirektoratet, 2011, s. 3).

Det er ønskelig at recovery-orientert tilnærming implementeres og fungerer i større grad i praksis. For at det skal skje har vi noen forslag til hva som kan gjøres:

- For å kunne følge Helsedirektoratet sin anbefaling om recovery-preget tjenesteyting til pasienter med ROP-lidelser, tror vi tidlig innføring og kjennskap til recovery er viktig. Vi mener derfor at recovery bør fortsette å være på pensum i helsefaglig utdanning.
- Enighet på arbeidsplassen om hvilken definisjon på recovery som skal jobbes ut fra.
- For å implementere recovery mer strukturert kan helsearbeider kartlegge pasientens situasjon og tanker (for eksempel med utgangspunkt i CHIME). Dette kan for eksempel gjøres ved at det utformes et standard spørreskjema for recovery.
- Spør pasienten hva de er motiverte for å jobbe mot og hva som er viktig for hen i begynnelsen av relasjonen.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed. utg.). American Psychiatric Association.
- Bank, R.-M., Sælør, K. T. & Ness, O. (2021). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 447-452). Gyldendal
- Biong, S. & Soggiu, A.-S. (2015). Her tar de tingene i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 51-60. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser : en systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Bramness, J. G. (2022, 15. juni). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brekke, E. (2022). Recovery-orientert praksis. I T. W. Lie (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: integrert behandling av rus og psykiske lidelser* (s. 319-334). Fagbokforlaget.
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L. & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in dual diagnosis*, 10(1), 13-24. <https://doi.org/10.1108/ADD-07-2016-0015>
- Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. (2018). Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway. *International journal of mental health systems*, 12(1), 30-30. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0211-5>
- Christensen, J. & Berg, O. T. (2022, 12. august). *Velferdsstat*. Store norske leksikon. <https://snl.no/velferdsstat>
- Coughlan, M. & Cronin, P. (2020). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care* (3, Red.). SAGE Publications.
- Cruce, G., Öjehagen, A. & Nordström, M. (2012). Recovery-promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse. *International journal of mental health and addiction*, 10(5), 660-669. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9363-0>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, (2010;5(4):332-335), 1-13. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Erfaringskompetanse. (2021). *Brukermedvirkning : på individplan*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/11/Brukermedvirkning-pa-individniva.pdf>
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp - om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. . utg.). Univeritetsforlaget.
- Friberg, F. (2016). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats* (s. 141-152). Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2022a). Att göra en integrerande sammanställning av kvalitativ forskning - inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 169-185). Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2022b). Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 185-200). Studentlitteratur.
- Frimand, M. (2022, 11. januar). *Personer med ROP-lidelser scorer dårligst på levekår*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser. <https://rop.no/aktuelt/personer-med-rop-lidelser-har-darligst-levekar/>
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. I A. Giorgi, C. Fisher & E. Murray (Red.), *Duquesne studies in phenomenological psychology, II* (s. 82-103). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/ /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>
- Jørgensen, K., Hansen, M. & Karlsson, B. (2022). Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10294. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610294>
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervjun*. Studentlitteratur.
- Lien, L. & Stensrud, B. (2021). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse - «ROP-lidelser». I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 177-186). Gyldendal.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Mørstad, E. (2022, 29. mai. ). *Perspektiv*. Store norske leksikon. <https://snl.no/perspektiv>
- NAPHA. (2022, 11. juli). *Recovery*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/13883/recovery>
- Nesvåg, S. (2017). *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP - lidelse, forekomst og analyse av tjenestemottakere med ROP-lidelser i kommunene*. Helse Stavanger HF. <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/BRUKERPLAN-ROP-dig2017.pdf>

- NIM. (2022). *Rus og menneskerettigheter* (NIM-R-2022-007). Norges institusjon for menneskerettigheter. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2022/09/NIM-R-2022-007.pdf>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - en innføring i sykepleiers etikk*. Gyldendal.
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 16. desember fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=phvl>
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery: en veiledning for psykisk helsepersonell* (2/2017). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/100-rad-som-fremmer-recovery.pdf>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- Utdanningsforskning.no. (2016, 15. april). *Hva er en fagfellevurdert artikkel?* Utdanningsforbundet. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfellevurdert-artikkel>
- Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 79-110). Studentlitteratur.

**8.0 VEDLEGG**

## Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
24.10.22	Oria	Recovery og ROP	-Norsk -Publisert de 10 årene - Fagfelleurdert tidsskrift	3	3	1	1
24.10.22	Oria	Recovery og rus og psykiske lidelser	-Norsk -Publisert de 10 årene - Fagfelleurdert tidsskrift	0			
24.10.22	Oria	Recovery og tilnærming	-Norsk - Publisert de 10 årene - Fagfelleurdert tidsskrift	9	2	1	0
24.10.22	Idunn	Recovery og ROP	-Norsk - Publisert de 10 årene - Fagfelleurdert tidsskrift	7	3	3	(1)
24.10.22	Oria	Recovery oriented	-Engelsk - Publisert de 10 årene - Fagfelleurdert tidsskrift	6029	0	0	0
24.10.22	Oria	Recovery oriented og experience	-Engelsk - Publisert de 10 årene	1071	0	0	0

Kandidatnummer: 1602 og 1513

			- Fagfelleverdert tidsskrift				
24.10.22	Oria	Recovery-oriented, experience og mental health	-Engelsk  - Publisert de 10 årene  - Fagfelleverdert tidsskrift	635	15	5	1
25.10.22	Oria	Recovery, dual diagnosis og experience	-Engelsk  - Publisert de 10 årene  - Fagfelleverdert tidsskrift	130	15	6	2 (3)
26.10.22	Oria	Recovery oriented og mental issues	-Engelsk  - Publisert de 10 årene  - Fagfelleverdert	21	10	6	1



## Vedlegg 2. Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Cruce, C., Öjehagen, A. & Nordström M. 2012 International journal of mental health and addiction Sverige	Recovery- promoting Care as Experienced by Persons with Severe Mental Illness and Substance Misuse.	Identifisere tema som gjenspeiler mangfold og kompleksiteten ved recovery- tilnærmingen.	Pasient	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved hjelp av 16 dybdeintervjuer med åtte deltakere.  Deltakerne ble intervjuet i hjemmet sitt, ved to anledninger. Hvert intervju varte ca 45- 60 minutter. Alle spørsmålene var åpne, slik at deltakerne kunne snakke fritt. Dataene ble tolket gjennom en fenomenologisk strategi.	De åtte deltakerne med en ROP-lidelse fortalte om sine opplevelser og erfaringer med recovery- orientert arbeid og beskriver faktorer som var viktige for dem.	I studien avdekket det at stabilitet og struktur var en viktig del i recovery- arbeidet. Blant annet ble også dette med å delta på aktiviteter trukket frem for det å ha et meningsfullt liv. Autonomi og brukermedvirkning var også faktorer som ble anerkjent som viktig for pasientene.

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Jørgensen, K., Hansen, M. & Karlsson, B. 2022 International Journal of Environmental Research and Public Health Danmark	Recovery-Oriented Practices in a Mental Health Centre for Citizens Experiencing Serious Mental Issues and Substance Use: As Perceived by Healthcare Professionals	Undersøke meningen med å praktisere recovery- orientert tilnærming innen psykisk helse.	Helsearbeidere	Kvalitativ tilnærming. Fokusgrupper ble benyttet for å samle data. Totalt 16 deltakere, hvorav alle var helsepersonell.  Fokusgruppene bestod av mellom fire og ti personer. Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Analysen av intervjuene ble gjort ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse bestående av fire ledd.	De 16 deltakerne beskriver hvordan de opplever recovery- orientert tilnærming.  Studien tar også for seg hvilke erfaringer de har gjort seg om hvordan jobbe recovery- orientert i praksis.	Sykepleierne opplevde at recovery-arbeidet handlet om å fremme håp hos pasientene med ROP-lidelser.  Noe blandet erfaringer blant sykepleierne om hvordan pasientens bakgrunn spilte inn.  Studien peker på relasjonens betydning for recovery. Flere deltakere peker på at brukermedvirknin g er sentralt.
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Brekke, E., Lien, L., Nysveen, K. & Biong, S. 2018 International Journal of Mental Health Systems Norge	Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co- occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway	Beskriver og utforsker dilemmaer ved recovery- orientert praksis til pasienter med ROP-lidelser ute i kommunene.	Helsearbeidere	Kvalitativ tilnærming. Totalt ti deltakere. Data ble samlet ved hjelp av tre gruppeintervjuer over en tidsperiode på to år. Seks-åtte deltakere var tilstede under hvert intervju.  Første intervju hadde en varighet på 90 minutter, mens andre og tredje intervju varte 60 minutter. Intervjuene ble tatt opp, skrevet ned.	Deltakerne i studien var alle ansatte innen psykisk helsearbeid i en kommune.  Deltakerne beskrev tre ulike dilemmaer vedrørende recovery- orientert arbeid til pasienter med en ROP- lidelse.	Det er flere dilemmaer med recovery. De ansatte erfarer utfordringer knyttet til å balansere hvor mye hjelp de skal yte. For mye praktisk hjelp opplevdes å kunne virke motsatt og gjøre pasienten mer avhengig av å ha et hjelpetilbud. Det er blandede meninger om

				Brukt tematisk innholdsanalyse.		hvorvidt en skal akseptere bruk av rusmidler eller ikke i arbeidet. Det var også utfordringer knyttet til å ha en ikke-dømmende holdning og praksis overfor pasienten.
Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Brekke, E., Lien, L., Davidson, L. & Biong, S. 2017 Emerald Publishing Limited Norge	First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions.	Formål med studien var å utforske og beskrive erfaringer med recovery hos pasienter med ROP-lidelser i en kommune i Norge.	Pasienter	Kvalitativ tilnærming. Dybdeintervjuer med åtte deltakere. Intervjuene ble spilt inn, transkribert, og analysert ved hjelp av en fenomenologisk tilnærming.  Intervjuene hadde en varighet på 45-80 minutter.	Deltakerne bestod av fire menn og fire kvinner i en alder mellom 20 og 70 år- De var alle i kontakt med helsevesenet på tidspunktet av intervjuet.  Pasientene beskriver recovery, og forteller om deres erfaringer med tilnærmingen.	Fire hovedfunn ble trukket frem i resultatdelen. Dette med å føle seg nyttig og akseptert, kunne mestre livet selv, selvkjærlighet og bli mer voksen og utvikle seg selv. Det ble også identifisert utfordringer ved recovery-tilnærmingen, som blant annet boforhold og økonomi.

Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Biong, S. & Soggiu, A-S. 2015 Tidsskrift for psykisk helsearbeid Norge	«Her tar de tinga i henda og gjør noe med det» - om recovery- orienteringen i en kommunal ROP- tjeneste.	Formålet er å finne ut hvilke erfaringer personer med samtidige lidelser har når det gjelder recovery- orientert arbeid i et lokalt psykisk helse – og rusteam.	Pasienter	Kvalitativ tilnærming. 13 deltakere. Individuelle intervjuer ble benyttet som metode for å få frem beskrivelser av erfaringene de hadde.  Intervjuene hadde en varighet på mellom 20-90 minutter og ble gjennomført av forskere hver for seg. De fleste intervjuene ble tatt opp og transkribert ord for ord, bortsett fra to stykk. Den ene var en telefonsamtale, og den andre ønsket ikke å bli tatt opp.  Det ble anvendt systematisk tekstkondensering som analyse av dataene.	De 13 deltakerne hadde alle oppfølging grunnet deres ROP-lidelse. Deltakerne beskrev deres erfaringer rundt kontakt med helsevesenet, samarbeidet og innholdet i tjenesten. De knyttet også livskvaliteten deres opp mot disse punktene.	Pasientene opplever at de får sette egne mål - noe som bidrar til en økt mening med livet. Nysgjerrighet og interesse hos de ansatte er med på å skape et godt samarbeid.  Pasientene blir møtt med respekt og åpenhet. Det oppleves for pasienten at det ikke er noen rammer på den hjelpen en kan få. En får hjelp til det som oppleves som viktig. Studien trekker frem flere aspekter ved et godt samarbeid og hvordan pasienten selv er en aktiv pådriver i samarbeidet.